

**RICHIESTA PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI PREVISTE DAL FONDO NON AUTOSUFFICIENZA 2019
MISURA B2 – D.G.R. n. XI/2862 del 18.02.2020 E DGR n. XI/3055 del 15/04/2020 - ANNO 2020**

Il sottoscritto

• Nome _____ e _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

In qualità di

DIRETTO INTERESSATO

FAMILIARE Grado di parentela _____

TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____

CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

del Sig./Sig.ra Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CHIEDE

per sé

per conto del beneficiario

la valutazione dell'[equipe multidimensionale di Azienda Isola](#) al fine di accedere ad una o più delle prestazioni previste dalla D.G.R. n. XI/2862 del 18.02.2020 e D.G.R. n. XI/3055 del 15/04/2020, misura B2 tra le seguenti:

(barrare l'intervento richiesto)

SI RICHIEDE VALUTAZIONE PER LA SEGUENTE MISURA DI SOSTEGNO:		X
1	a. Buono sociale del valore mensile di € 200,00 per le prestazioni di assistenza assicurate dal <i>caregiver</i> familiare in caso di <u>non</u> frequenza del beneficiario ad unità di offerta semiresidenziale sociosanitaria o sociale	
	b. Buono sociale del valore mensile di € 150,00 per le prestazioni di assistenza assicurate dal <i>caregiver</i> familiare in caso di frequenza del beneficiario ad unità di offerta semiresidenziale sociosanitaria o sociale	
2	a. Buono sociale del valore mensile di € 400,00 finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate da assistente personale (badante) impegnato con regolare contratto di lavoro superiore alle 18 ore settimanali	
	b. Buono sociale del valore mensile di € 200,00 finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate da assistente personale (badante) impegnato con regolare contratto di lavoro inferiore o uguale alle 18 ore settimanali	
3	Buono sociale mensile per sostenere progetti di vita indipendente	
4	a. Voucher sociali minori per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità attraverso interventi di Assistenza Domiciliare Handicap (ADH) – progetti in continuità	
	b. Voucher sociali minori per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità attraverso interventi di Assistenza Domiciliare Handicap (ADH) – nuove progettualità	
	c. Voucher sociali per minori per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità attraverso interventi individualizzati a domicilio o presso le sedi dei servizi di Azienda Isola per il periodo estivo (Giugno – Settembre)	

A tal fine, il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali e civili a cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace e di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt.75 e 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che il richiedente sig./sig.ra _____ si trova nelle seguenti condizioni

- essere residente in uno dei 25 Comuni dell'Ambito Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino (Ambivere, Bonate Sopra, Bonate Sotto, Bottanuco, Brembate, Brembate di Sopra, Calusco D'Adda, Capriate San Gervasio, Caprino Bergamasco, Carvico, Chignolo D'Isola, Cisano Bergamasco, Filago, Madone, Mapello, Medolago, Ponte San Pietro, Pontida, Presezzo, Solza, Sotto Il Monte Giovanni XXIII, Suisio, Terno D'Isola, Torre de Busi, Villa D'Adda);
- vivere al domicilio ed evidenziare gravi limitazioni della capacità funzionale che compromettono significativamente l'autosufficienza e autonomia personale nelle attività della vita quotidiana, di relazione e sociale;
- essere in condizione di
 - gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992
 - beneficiare dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18/1980 e s.m.i con L. 508/1988
 - aver inoltrato istanza ai sensi della legge 104/1992 ed essere in attesa di definizione dell'accertamento
- avere un valore ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) in linea con i criteri distrettuali approvati e presentato per l'ottenimento della misura richiesta pari a euro

come da allegata certificazione (requisiti: *ISEE socio-sanitario uguale e inferiore a € 25.000,00; per i minori ISEE ordinario uguale e inferiore a € 40.000,00*);

- in caso di cittadini stranieri extra ue, di essere in possesso del permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno, come previsto dall'art. 41 del D.Lgs. 25 Luglio 1998 n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero e s.m.i;
- che la situazione del richiedente è compatibile con i CRITERI DISTRETTUALI approvati;
- di aver preso visione e di accettare i termini dell'avviso pubblico che descrivono i criteri di accesso alle prestazioni e alle modalità di presentazione della domanda e di erogazione degli interventi e/o contributi, non avendo nulla a pretendere in caso di esaurimento fondi;
- di NON USUFRUIRE di accoglienza in via definitiva presso Unità d'Offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, hospice, misura residenzialità per minori con gravissima disabilità)
- di NON USUFRUIRE degli interventi previsti dalla Misura B1 della D.G.R. n. XI/2862 del 18/02/2020;
- di NON USUFRUIRE del contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- di NON USUFRUIRE di ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- di NON USUFRUIRE di ricovero in riabilitazione/Sub acute/Cure intermedie/Post acuta;
- di NON USUFRUIRE di presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
- di NON USUFRUIRE del bonus per assistente familiare iscritto nel registro d'assistenza familiare ex l.r. n.15/2015 (Il bonus per assistente familiare ex l.r. n. 15/2015 può essere erogato a persona valutata ammissibile alla Misura B2 ma non presa in carico con la stessa);

Note: L'erogazione del Buono sociale caregiver, in caso di personale d'assistenza regolarmente impiegato, può essere integrato con il Buono mensile sociale assistente familiare. Il buono sociale per progetti di vita indipendente è incompatibile con le altre forme di buono sociale previste dalla DGR. L'accesso al voucher sociale minori è incompatibile con l'accesso ai buoni; ciascun minore può usufruire di un unico voucher sociale all'interno del quale devono essere articolati tutti gli interventi/prestazioni di cui il minore necessita per migliorare la propria condizione sociale e relazionale.

DICHIARA

(rispetto ai requisiti specifici di accesso alle misure B2)

- per l'accesso al **buono sociale caregiver** di essere nella condizione di convivenza/non convivenza del caregiver familiare con il beneficiario assistito;
- per l'accesso al **buono sociale assistente familiare (badante)** essere in possesso di regolare contratto di assunzione dell'assistente familiare;
- per l'accesso al **buono sociale per progetti di vita indipendente** di essere nelle seguenti condizioni:
 - o Disabilità fisico-motoria grave o gravissima, con capacità di esprimere la propria volontà;
 - o Età compresa tra i 18 e i 64 anni di età,
 - o Intenzione del beneficiario di realizzare il proprio progetto senza il supporto del caregiver familiare, ma con l'ausilio di un assistente personale autonomamente scelto e con regolare contratto
- per l'accesso **Voucher sociali minori per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità attraverso interventi di Assistenza Domiciliare Handicap (ADH) – sia progetti in continuità che nuove progettualità** - di essere nelle seguenti condizioni:
 - o Età inferiore a 18 anni di età,
 - o Attestazione dello specialista neuropsichiatra di riferimento circa la necessità di attivazione dell'intervento;
 - o Non aver mai beneficiato di un intervento ADH o di beneficiare di un intervento ADH di durata inferiore a due anni.
- per l'accesso a **voucher sociali per minori per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità attraverso interventi individualizzati a domicilio o presso le sedi dei servizi di Azienda Isola per il periodo estivo (Giugno – Settembre)** di essere nelle seguenti condizioni:
 - o Età inferiore a 18 anni di età,

- o Non avere un intervento ADH attivo.

DICHIARA

(rispetto ai requisiti di priorità di accesso)

- di beneficiare/non beneficiare di interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali.

SI IMPEGNA

- a concordare con l'equipe multidimensionale di Azienda Isola e/o il Servizio Sociale Professionale del Comune di residenza un momento per la valutazione sociale e/o multidimensionale del bisogno, attraverso gli strumenti ritenuti più utili in questa fase emergenziale e idonei ai fini dell'istruttoria;
- a condividere con il servizio sociale comunale e realizzare un progetto individualizzato d'intervento con le risorse assegnate dalla presente misura;
- a consentire che le Assistenti Sociali Comunali, nel corso dell'istruttoria, verifichino la realizzazione del progetto individualizzato in favore del beneficiario, e ne monitorino in corso d'anno l'effettiva realizzazione, consapevole che l'inesistenza di alcun progetto o l'incongruenza tra il progetto dichiarato nella domanda e la situazione riscontrata dal professionista determinerà il decadimento del diritto;
- a comunicare tempestivamente al servizio sociale comunale le eventuali variazioni relative al ricovero definitivo, cambiamenti anagrafici ed ogni altro evento che modifichi le dichiarazioni rese e che possano costituire motivo di sospensione/decadenza del beneficio

Unitamente alla presente istanza, si consegnano i seguenti allegati obbligatori:

Per tutte le misure:

- Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento;
- Copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore;
- Copia del documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario;
- Verbale di invalidità da cui figurino l'indennità di accompagnamento ai sensi della L.18/80 e s.m.i con L. 508/1988 o riconoscimento della gravità dell'handicap ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992;
- Certificazione ISEE in corso di validità ai sensi del D.P.C.M. 159/2013 o in alternativa ricevuta di presentazione della DSU ai sensi dell'art. 11 comma 9 del DPCM 159/2013. L'attestazione ISEE dovrà essere trasmessa entro il 30/06/2020 pena esclusione dalla graduatoria;
- Fotocopia dell' intestazione dell'estratto conto da cui si evince il codice IBAN, intestatario/i, codice fiscale e residenza. Non sono ammessi i libretti postali anche se in possesso di IBAN
- Copia del permesso di soggiorno in corso di validità per cittadini stranieri extra ue;

Per la Misura Buono sociale caregiver

- Stato di famiglia da cui figurino la convivenza anagrafica del caregiver familiare con il beneficiario assistito o autodichiarazione di convivenza ai sensi del DPR 445/2000;
oppure
Autodichiarazione del *caregiver* familiare (*allegato A*) che attesti di essere caregiver del beneficiario della misura richiesta, specificandone i compiti di cura svolti e il monte ore dedicato nelle 24 ore all'assistenza della persona fragile;
- documentazione attestante la situazione occupazionale del caregiver familiare (disoccupato, inoccupato, pensionato, lavoratore con contratto part time con indicazione monte ore settimanale, cassintegrato a zero ore ecc resi mediante CUD per pensionati, contratto di lavoro e/o busta paga per lavoratori part-time, dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro DID);

Per la Misura Buono Sociale Assistente familiare e Misura Buono sociale per progetti di vita indipendente

- Copia del contratto di assunzione assistente personale con indicazione delle ore settimanali, ultima busta paga;

Per la Misura voucher sociali minori per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità attraverso interventi di Assistenza Domiciliare Handicap (ADH)

- attestazione dello specialista neuropsichiatra di riferimento circa la necessità di attivazione dell'intervento;

COMUNICA INOLTRE

CONTO CORRENTE: intestato o cointestato al beneficiario (specificare nome e cognome intestatario/i, codice fiscale e residenza) _____

IBAN _____

DICHIARA

inoltre di essere a conoscenza che il Comune di residenza e Azienda Isola, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potranno procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Data _____

Firma _____

Informativa Privacy

Gentile Signore/a,

desideriamo informarLa che ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n.2016/679 (di seguito "GDPR") i dati personali da Lei forniti, diventeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuto il Comune e l'Azienda.

Ai sensi dell'articolo 13 del GDPR, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

I dati personali (anche particolari sensibili ai sensi art. 9 del GDPR) da Lei forniti verranno trattati unicamente per la seguente finalità: erogazione di Buoni Sociali per garantire una piena possibilità di permanenza della persona fragile al proprio domicilio e nel suo contesto di vita e Voucher Sociali per l'attivazione di progetti di natura educativa/socializzante a favore di minori disabili residenti nei Comuni dell'Ambito dell'Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino, ai sensi delle Deliberazioni di Giunta di Regione Lombardia D.G.R. n. XI/2862 del 18.02.2020 e DGR n. XI/3055 del 15/04/2020, che ne rappresentano la base giuridica del trattamento.

Il trattamento sarà effettuato in forma cartacea o con l'ausilio di sistemi elettronici e/o con ogni altro mezzo messo a disposizione dalla tecnica e dalla evoluzione tecnologica, e ciò in modo lecito, secondo correttezza e con la massima riservatezza e sempre nel rispetto delle adeguate misure per la sicurezza del trattamento (art. 32 del GDPR).

Lei potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. da 15 a 21 del GDPR (diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione al trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento, diritto di opposizione).

Il conferimento dei dati personali non è facoltativo bensì obbligatorio. Il mancato conferimento dei dati, in tutto o in parte, rende impossibile il riconoscimento del diritto al contributo, al finanziamento o ad altri benefici ed interventi.

Ferme restando le comunicazioni eseguite in adempimento di obblighi di legge, tutti i dati raccolti ed elaborati potranno essere comunicati, esclusivamente per le finalità sopra specificate, a: Azienda Speciale Consortile "Azienda Isola", ATS Bergamo, ASST Bergamo Ovest, Regione Lombardia, privato sociale ed enti del terzo settore.

Il Titolare del trattamento ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del GDPR è il Comune di residenza dell'interessato.

Il Responsabile esterno del trattamento dei dati ai sensi art. 28 comma 1 del GDPR è l'Azienda Speciale Consortile "Azienda Isola".

Il Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) nominato ai sensi art. 37 del GDPR per l'Azienda Speciale Consortile "Azienda Isola", è l'avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

Manifestazione del consenso

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente a _____ dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi degli artt. 4, 5, 7 e 13
del GDPR, di averne compreso i contenuti, i diritti e le finalità e, pertanto, presta il consenso e autorizza il trattamento dei dati
personali, dati particolari e dati giudiziari in conformità al Regolamento UE 679/16 e successive modifiche ed integrazioni.

Comune di _____, Data _____

Firma _____

Manifestazione del consenso per il MINORENNE

Il/la _____ sottoscritto/a _____ nato/a _____ (____)
il _____, residente a _____ ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE sul
minorenne _____ dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi degli artt.
4, 5, 7 e 13 del GDPR, di averne compreso i contenuti, i diritti e le finalità e, pertanto, presta il consenso e autorizza il trattamento
dei dati personali, dati particolari e dati giudiziari in conformità al Regolamento UE 679/16 e successive modifiche ed integrazioni.

Comune di _____, Data _____

Firma _____